

Klinička psihologija 4 (2011), 1-2, 59-69

Stručni članak - UDK 159.922.1

PRIMJENJIVOST KOGNITIVNO-BIHEVIORALNOG PRISTUPA U TRETMANU PROBLEMA VEZANIH UZ POREMEĆAJ RODNOG IDENTITETA

Prikaz slučaja

Vesna Antičević

KBC Split, Klinika za psihijatriju
Regionalni centar za psihotraumu
Šoltanska 1, 21000 Split
vanticevic@yahoo.com

Sažetak

Ovim prikazom klijentice nastoji se ohrabriti primjena bihevioralno-kognitivnih intervencija u tretmanu poteškoća vezanih uz Poremećaj rodnog identiteta (PRI). Primjena KB tehnika u radu s klijenticom pokazala se učinkovitom u smanjivanju psiholoških i interpersonalnih posljedica života sa PRI. Pozitivni ishodi tretmana upućuju na potrebu daljnjih istraživanja o mogućnostima integracije KB pristupa u ostvarenju općih ciljeva tretmana predloženih u Standardima skrbi za PRI i specifičnih ciljeva osobe.

Ključne riječi: poremećaj rodnog identiteta, KB terapija

UVOD

Za većinu ljudi postoji slaganje između njihova anatomskog spola, rodnog identiteta i rodne uloge. Rodni identitet je unutarnji osjećaj muževnosti ili ženstvenosti. Rodna uloga je objektivna, javna ekspresija muškog ili ženskog spola. Određena je tradicionalnim dihotomnim poimanjem muževnosti i ženstvenosti. Prema tome, rodna uloga primarno je kulturološki određena, a rodni identitet je psihološka dimenzija, tj. subjektivni doživljaj o pripadnosti vlastitom biološkom spolu. Osobe s Poremećajem rodnog identiteta (u daljnjem tekstu PRI) osjećaju nepodudarnost svoga anatomskog spola i rodnog identiteta (Gijs i Brewaeys, 2007). Iako ne postoji potpuni znanstveni konsenzus o svrstavanju PRI u mentalne poremećaje, Svjetska zdravstvena organizacija ga definira poremećajem mentalnog zdravlja.

Tablica 1. Kriteriji za PRI prema DSM-IV-TR i MKB-10 klasifikaciji

DSM-IV-TR

- Snažno i trajno poistovjećivanje sa suprotnim spolom
- Trajna nelagoda zbog vlastitog spola ili osjećaj neadekvatnosti spolne uloge vlastitog spola
- Poremećaj nije istodoban s tjelesnim međuspolnim stanjem
- Poremećaj uzrokuje klinički značajne smetnje ili oštećenje u socijalnom, radnom ili drugim važnim područjima funkcioniranja.

Za seksualno zrele osobe:

- seksualna usmjerenost na muškarce
- seksualna usmjerenost na žene
- seksualna usmjerenost na oba spola
- ne postoji seksualna usmjerenost ni na jedan spol

MKB-10

- Želja da se živi ili bude prihvaćen kao član suprotnog spola, obično s udruženom željom da se tijelo napravi što sličnijim s preferiranim spolom putem operacije ili hormona
- Poremećaj je prisutan najmanje dvije godine

Poremećaj nije simptom drugog mentalnog poremećaja ili kromosomske abnormalnosti

Stoga je u važećim međunarodnim klasifikacijama (MKB-10 i DSM-IV TR) (tablica 1) PRI klasificiran kao psihički poremećaj, iako novije spoznaje upućuju na određenje ovog fenomena kao „stanja za koja je medicinski tretman prikladan samo u nekim slučajevima“ (www.dh.gov.uk).

Etiologija ovog složenog poremećaja također nije jednoznačno određena. Iako biološki i okolinski uvjeti imaju utjecaja na formiranje rodnog identiteta, ne može se odrediti u kojoj je mjeri svaki od navedenih čimbenika odgovoran za nastanak i održavanje PRI. Studije pokazuju da kromosomske i hormonske promjene u prenatalnom razvoju mogu imati utjecaja na formiranje rodnog identiteta fetusa (Henningsson, Westberg i Nilsson, 2005). U ranijim tumačenjima naglašavan je utjecaj ranog psihološkog razvoja i odnosa djeteta s roditeljima na nastanak PRI. Proširenjem neurobioloških istraživanja u ovom području dolazi se do novih spoznaja koje pružaju sve više dokaza da PRI nastaje kao rezultat atipičnih obrazaca spolnog razvoja mozga (Kruijver, Zhou, Pool, Hofman, Gooren i Swaab, 2000). Kao mogući uzroci u određenju rodnog identiteta navode se promjene u prenatalnim hormonskim razinama androgena koje dovode do promjena u fenotipskoj progresiji. Na taj se način stvara nepodudarnost između neurološkog određenja mozga prema jednom spolu i genetske anatomske strukture fetusa (Ghosh, 2009).

Biološkim tumačenjima u prilog govore i rezistentnost na svaki pokušaj promjene rodnog identiteta kao i njegove manifestacije već u ranom djetinjstvu. Ako osobe sa PRI doista često imaju mozgovna svojstva koja su konzistentna s njihovim rodnim identitetom kao što istraživački nalazi pokazuju, tada je reklasifikacija poremećaja neophodna (Swaab, Chung, Kruijver i Hofman, 2003). Zbog spomenutih

klasifikacijskih dilema u novoj DSM-V klasifikaciji se (www.dsm5.org) predlaže zamjena dosadašnjeg naziva Poremećaja rodnog identiteta nazivom Rodne disforije, te se uključuje proširenje kriterija za dijagnosticiranje poremećaja, razdvajanje termina na rodnu disforiju u dječjoj i odrasloj dobi, uklanjanje određenja seksualne orijentacije, te se dopušta uključivanje drugih poremećaja poput poremećaja seksualnog razvoja. Poremećaj mora biti povezan s klinički značajnim smetnjama ili oštećenjima u socijalnom, radnom ili drugim važnim područjima funkcioniranja, te sa značajnim povećanjem rizika od patnje kao što su tjeskoba ili smetnje u funkcionalnosti, što dopušta svrstavanje ovog fenomena u red mentalnih poremećaja. Općenito se pojam rodne disforije odnosi na osjećaje nelagode ili tjeskobe uzrokovane neskladom između rodnog identiteta i roda koji je osobi dodijeljen rođenjem (rodnim ulogama i/ili primarnim i sekundarnim spolnim karakteristikama) (Knudson, De Cuypere i Bockting, 2010b). Uvažavajući važeće klasifikacijske sustave u daljnjem ćemo tekstu koristiti naziv Poremećaj rodnog identiteta.

Budući da se PRI pojavljuje i kod genetski i/ili hormonski "normalnih" osoba, psihološka objašnjenja, osim bioloških, i dalje igraju važnu ulogu u etiologiji PRI. Okolinski socijalizacijski čimbenici doprinose razvoju PRI. Teorija socijalnog učenja ističe važnost kombinacije učenja po modelu i različitih razina i oblika potkrepljenja od roditelja i vršnjaka u oblikovanju djetetova osjećaja vlastitog rodnog identiteta (www.cpa.ca).

Prevladavajuća društvena klima, mogućnosti medicinskog liječenja i definicija stanja utječe na podatke o čestoci PRI. Istraživački nalazi o prevalenciji poremećaja iz različitih kultura kreću se u rasponu od 1:11900 do 1:45000 za transrodne muškarce, te od 1:30400 do 1:200000 za transrodne žene (De Cuypere i sur., 2007). Višestruko češća pojavnost PRI kod muškaraca (omjer 3-4:1), međunarodno je zabilježena, ali nije objašnjena (Veale, 2008). Za sada u Hrvatskoj nisu dostupni podaci o pojavnosti navedenoga poremećaja (Petek, Šakić i Filaković, 2008).

Tretman osoba sa PRI

Primarni cilj tretmana je prilagođavanje tijela mentalnoj percepciji vlastitog rodnog identiteta, a ne obrnuto.

Terapijski pristup osobama sa PRI uključuje sljedeće: iskustvo stvarnog života u željenoj ulozi, hormoni željenog roda, operativni zahvat promjene spolnih organa i drugih spolnih karakteristika, te psihoterapiju (www.wpath.org).

Za odrasle osobe sa PRI preporučuje se individualna, obiteljska ili grupna psihoterapija. Terapija se usmjerava na istraživanje rodnog identiteta i uloge, smanjivanje negativnih psiholoških učinaka (npr. anksioznosti i depresivnosti) poremećaja i socijalne stigme na duševno zdravlje, poboljšanje slike tijela i donošenje odluke o daljnjem životu.

Tretman osoba sa PRI koje ne traže hormonski i/ili kirurški tretman

Dio osoba sa PRI odlučuje se za hormonsku terapiju i operativne zahvate, dio samo za jednu od ovih alternativa, a neke od njih se ne odlučuju ni za jednu (Bocking, 2008). U situacijama kada se osoba iz bilo kojeg razloga ne odluči za kirurške i/ili hormonske intervencije, tada uz pomoć psihoterapije pokušava integrirati osjećaje vlastitog rodnog identiteta u rodnu ulogu koja joj je dodijeljena rođenjem bez odluke o promjeni tjelesnih obilježja. U skladu s potrebama osobe, tretman je krajnje individualiziran.

U takvim slučajevima jedino psihoterapija omogućuje pronalaženje zadovoljavajućih i učinkovitih načina života. Osobe sa PRI mogu imati različite psihičke smetnje (Murad i sur., 2010) bez obzira da li su one povezane sa PRI ili s drugim životnim okolnostima. Najčešće se žale na anksioznost i depresiju. Opisani su slučajevi samoozljeđivanja, poremećaja osobnosti, psihotični i autistični poremećaji kod osoba sa PRI. Često se pronalazi anamnestički podatak o zlostavljanju/zanemarivanju u djetinjstvu (Nuttbrock i sur., 2010). Tijekom psihoterapijskog procesa ove popratne psihičke smetnje integriraju se u tretmanske ciljeve. Psihičke smetnje su značajan izvor stresa za osobu sa PRI. Ako se ne tretiraju, njihovi učinci na osobu mogu dodatno otežati proces istraživanja rodnog identiteta i pronalaženje učinkovitih rješenja (Fraser 2009a; Lev, 2009).

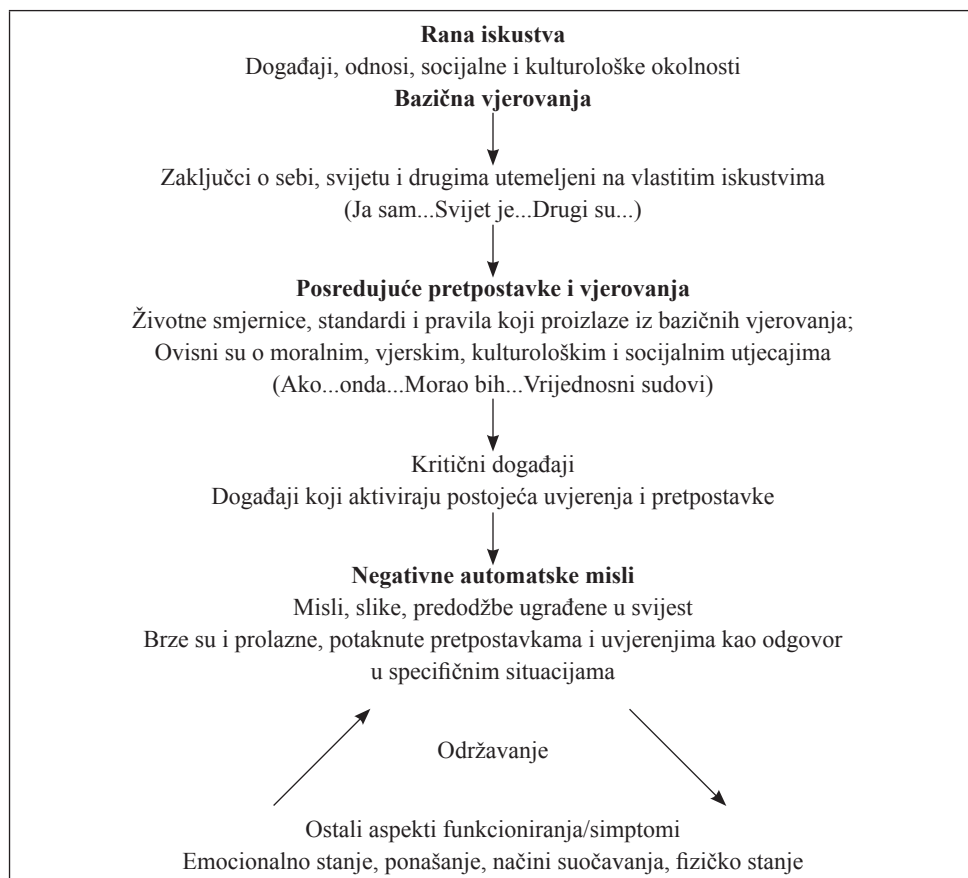
Tijekom psihoterapije osobu se upućuje na pravo izbora između više postojećih mogućnosti. Osoba može s vremenom eksperimentirati s alternativnim pristupima koji su ponuđeni u Standardima skrbi za transrodne osobe. Pregledom dostupne literature nisu pronađene preporuke o primjenjivosti određenog terapijskog pravca u tretmanu osoba sa PRI.

Kognitivno-bihevioralna terapija

Kognitivno-bihevioralna terapija je primjenjiva u tretmanu širokog raspona emocionalnih poremećaja bez obzira na spol i seksualnu orijentaciju (www.babcp.com). Bazira se na modelu prema kojemu su emocionalni poremećaji rezultat distorziranog načina razmišljanja koji su odraz disfunkcionalnih pretpostavki o sebi i svijetu temeljenih na ranijim životnim iskustvima. Osjećaji, ponašanja i fiziološke reakcije ljudi ovise o načinima na koje strukturiraju svoju okolinu (Beck, 1995).

Zamjena distorziranog načina razmišljanja funkcionalnijim dovodi do smanjivanja simptoma na fiziološkoj i emocionalnoj razini i prilagođenijeg ponašanja osobe.

Opisanim prikazom rada s klijenticom nastojalo se doprinijeti dosadašnjim kliničkim iskustvima u primjeni kognitivno-bihevioralnih tehnika u radu s osobama sa PSI.



Slika 1. Kognitivni model nastanka emocionalnih poremećaja (Beck, 1976)

Prikaz klijentice prema KB modelu

Klijentica: osoba ženskog spola, 40 godina, VŠS, u braku, majka jednog djeteta, u radnom odnosu.

Opis problema: osjeća se depresivno zbog toga što je „oduvijek zarobljena u ženskom tijelu“, a zapravo se osjeća muškarac. Problem je „što nikada nije s time ništa poduzela i pokušala tijelo prilagoditi umu, već je robovala socijalnim normama i nastojala zadovoljiti druge“.

Vremenski tijek: Od predškolske dobi osjećala se drugačijom od djevojčica, nije se oblačila poput njih, voljela je muške igre i preferirala interese dječaka. U pubertetu su je, uz muškarce, počele seksualno privlačiti i žene. Inzistirala je na seksualnim vezama s muškarcima da bi dokazala sebi i drugima da je „normalna“. Prije braka imala je dužu seksualnu vezu s djevojkom u kojoj se osjećala

potpunom. Tada je prikupljala informacije o mogućnosti promjene spola, ali zbog straha od socijalnih posljedica takve odluke, nije se usudila ništa poduzeti. Iako je odlučila da neće zasnivati bračnu zajednicu, to je ipak učinila. Bila je uvjerena kako ne može imati djece pa se iznenadila kada je ostala u drugom stanju. Trudnoća i porođaj protekli su uredno, emocionalni odnos sa djetetom je uspostavila. Unatoč tome, neprekidno želi da je muškarac, ranije se odijevala u mušku odjeću, preferira muške interese i aktivnosti, ima seksualne fantazije o ženama, za vrijeme seksualnih aktivnosti zamišlja da je ona muškarac, a umjesto partnera ženu. U drugim aspektima života dobro funkcionira: prihvaćena je, omiljena u društvu, profesionalno uspješna i funkcionalna u braku i majčinstvu. Sada ima negativne misli o sebi, osjeća da živi u rascjepu, osjećaj krivnje da je loša majka i supruga jer laže sve u svojoj okolini.

Disponirajući faktori: Emocionalno zanemarivana u djetinjstvu.

Precipitant: Nedavno je imala seksualnu reakciju na žensku osobu iz svoje okoline.

Moderatorski utjecaji: Uznemiruju je situacije kada je privuče žena, stresna razdoblja pojačavaju nemir i negativne misli. Pomažu joj razgovori s terapeutom zbog slobode izražavanja sebe.

Održavajući faktori:

kognitivni: misli da se neće nikada aktualizirati, a želja da bude drugog spola stalno postoji;

afektivni: osjećaj da je u "pogrešnom" tijelu.

Izbjegavanja: okupira se obavezama i trudi se biti uspješna na drugim poljima da umanjí krivnju, održi pozitivnu sliku o sebi i izbjegne misli o problemu.

Prednosti i jake snage: introspektivni uvid, nepostojanje teže psihopatologije, dobri mehanizmi suočavanja.

Psihijatrijska anamneza: jednom otišla na razgovor kod privatnog psihijatra. Postavljena je dijagnoza F 64.0

Vjerovanja o problemu: To je genetska greška.

Suočavanja: U mladosti imala vezu s djevojkom, raspitivala se o kirurškoj promjeni spola, u nekim razdobljima života pokušala živjeti kao muškarac.

Mentalno stanje: umjereno depresivna na kognitivnom i emocionalnom planu

Obitelj: U primarnoj obitelji loši odnosi, emocionalno zanemarivana.

Psihologijska obrada: QI iznadprosječan, rezultat na skali depresivnosti (BDI=19) umjereno povišen (kognitivni i emocionalni simptomi), ukupan rezultat na skali anksioznosti umjereno povišen (BAI=20);

Na inventaru osobnosti (MMPI 2) visoka vrijednost skale muževnosti, granična vrijednost se skale s porastom na podljesticama koje upućuju na osjećaj praznine

i osamljenosti, pomanjkanje ljubavi u primarnoj obitelji, emocionalnu otuđenost i čuvstva depresije i očaja);

Prisutnost kriterija za PRI prema oba klasifikacijska sustava;

Odsutnost ozbiljnije psihopatologije.

Dijagnoza: Poremećaj rodnog identiteta, umjerena depresivna epizoda

Opći cilj tretmana: (u skladu sa Standardima skrbi za osobe sa PRI):

- rad na problemima vezanim uz rodni identitet i ublažavanje rodne disforije (Bockting i Coleman, 2007; Fraser, 2009a);
- postizanje ugone u izražavanju svog rodnog identiteta uz očuvanje interpersonalnih odnosa i profesionalnog života (Fraser, 2009b).

Specifični ciljevi:

- smanjenje depresivnosti
- donošenje odluke o daljnjem ponašanju

Tijek tretmana i primijenjene KB intervencije

U 12 tjednih seansi u trajanju od 60 minuta radilo se na postavljenim ciljevima tretmana. Od početka tretmana radilo se na identificiranju i mijenjanju disfunkcionalnih automatskih misli koje su izazivale sniženo raspoloženje, lošu sliku o sebi i osjećaj vlastite promašenosti i kažnjenosti. Simptomi su reducirani tijekom tri seanse. Klijentica je educirana o poremećaju i upoznata sa Standardima skrbi za PRI. Zajednički je sastavljena lista problema s kojima se klijentica aktualno suočava. Identificiran je problem nemogućnosti donošenja odluke o daljnjem postupanju u vezi s vlastitim rodnim identitetom. Dugotrajno izbjegavanje i zanemarivanje vlastitog rodnog identiteta, te prisilno prihvatanje ženske rodne uloge izazivalo je u klijentici misli o vlastitoj neasertivnosti, osjećaje krivnje prema suprugu i djetetu i održavalo osjećaj vlastite praznine i neispunjenosti. Ona je razmišljala o operaciji promjene spola i žalila što to nije učinila ranije. U vrijeme javljanja na tretman borila se između stalne unutarnje želje da bude suprotnog spola i anticipacije socijalnih posljedica koje bi sadašnja takva odluka imala za njenu obitelj i njezin budući život. Stoga su tijekom narednih seansi u pismenoj formi nabrojene sve mogućnosti koje joj stoje na raspolaganju za donošenje odluke o budućem životu, tj. za odgovor na pitanje "Što dalje činiti?". U tu svrhu primijenjena je tehnika rješavanja problema koja će pomoći u donošenju optimalne odluke. Sve mogućnosti su pobrojane bez obzira na njihovu trenutnu primjenjivost, uključujući i predložene alternative u Standardima skrbi za poremećaje rodnog identiteta. Na taj način je sastavljeno 10 mogućih rješenja koja su, između ostalih, uključivala operaciju promjene spola, hormonsku terapiju, priznavanje svojega rodnog identiteta suprugu, modifikaciju ponašanja i stila odijevanja prema smjernicama navedenim u Standardima skrbi za PRI i prihvatanje seksualnih veza sa ženama.

Klijentica je na skali 1-10 evaluirala pozitivne i negativne ishode svake pojedine alternative metodom cost-benefit analize. Postupnom eliminacijom manje prihvatljivih rješenja, određeno je da konačno odustaje od kirurških i hormonskih

intervencija, ali je spremna modificirati neke dosadašnje navike i povremeno sebi dopustiti kraća razdoblja života u muškoj rodnoj ulozi. Iako rješenje ne zadovoljava klijentičinu potrebu za trajnom promjenom spola, uzimajući u obzir sadašnje životne okolnosti i štetne posljedice radikalnije odluke za njenu obitelj, ovo joj rješenje izgleda kao napredak u odnosu na dosadašnji osjećaj bezizlaznosti.

Primijenjene KB tehnike: edukacija o tretmanu i poremećaju, kognitivna restrukturacija, kognitivni kontinuum, tehnika rješavanja problema

Evaluacija tretmana:

- na BDI i BAI skalama, rezultati nakon završenog tretmana nisu više upućivali na izraženost depresivnih smetnji;
- subjektivna procjena ostvarivanja postavljenih (općih i specifičnih) ciljeva tretmana na skali 1-10 iznosila je 8.

RASPRAVA

Evaluacija različitih psihoterapijskih pristupa u tretmanu PRI do sada nije provedena, iako je opisano više savjetodavnih metoda u radu s osobama sa PRI (Cohen-Ketenis, Wallien, Johnson, Owen-Anderson, Bradley i Zucker, 2006; Vanderburgh, 2009). Prikazom opisane klijentice provjerili smo primjenjivost KB tehnika u radu na problemima povezanim s ovim poremećajem.

Izbor KB tehnika u tretmanu PRI ovisi o specifičnim ciljevima klijenta. Već je spomenuto da tretman nije usmjeren na promjenu rodnog identiteta, već postizanje stabilnog životnog stila s realnim mogućnostima za uspjeh u odnosima, obrazovanju, poslu i izražavanju rodnog identiteta (Standardi skrbi za osobe sa PRI, 2001). U prikazanom slučaju zajedničkim angažmanom terapeutkinje i klijentice identificirani su problemi, te definirani ciljevi tretmana. Uz specifične ciljeve klijentice, uključeni su i opći ciljevi predloženi u Standardima skrbi za osobe sa PRI. Evaluacija ishoda tretmana je pokazala da je primjenom odabranih KB tehnika koje su prilagođene problemima klijentice (edukacija o tretmanu i poremećaju, tehnika samomotrenja, kognitivna restrukturacija, kognitivni kontinuum, tehnika rješavanja problema, modifikacija ponašanja) moguće u zadovoljavajućem stupnju postići poboljšanja u kvaliteti života, umanjiti emocionalne teškoće i razviti učinkovitije strategije za život kod osoba sa PRI. Prednost KB terapije je u njezinoj usmjerenosti na osposobljavanje klijenata za pronalaženje novih rješenja vlastitih problema, koja su korisnija od trenutnih načina suočavanja (Westbrook, Kennerley i Krik, 2007). U kontekstu opisa KB tretmana i prikazanog slučaja također je vidljivo da se opći ciljevi navedeni u Standardima skrbi za osobe sa PRI mogu postići primjenom KB tehnika, što otvara prostor za primjenu ovog pristupa u tretiranju izravnih i/ili neizravnih psiholoških teškoća vezanih uz PRI. Rad na alternativnim rješenjima za rodno prilagođavanje koje ljudima mogu pomoći da postignu više osobnog zadovoljstva, čak i kada se ne odluče na operativne i hormonske intervencije, također

je moguć primjenom KB tehnika. Seksualna orijentacija osoba sa PRI razlikuje se s obzirom na spol: u populaciji muškaraca sa PRI dio osoba izražava seksualnu usmjerenost samo prema muškarcima, dio samo prema ženama, neki prema oba spola, dok neki od njih ne pokazuju seksualnu usmjerenost ni prema jednom spolu. Nasuprot tome, gotovo sve žene sa PRI osjećaju seksualnu usmjerenost prema ženama, iako postoje iznimni slučajevi u kojima žene sa PRI privlače muškarci (abcnews.go.com). U opisanom slučaju klijentica iskazuje seksualnu usmjerenost prema ženama, ali pronalaženje i aktualizacija seksualnog odnosa s partnericom nije bio postavljeni cilj u tretmanu. U slučaju kada je to postavljeni cilj, bihevioralnom aktivacijom kao jednom od tehnika KB tretmana moguće je klijenta usmjeriti i potaknuti prema načinima ostvarenja željenih homoseksualnih iskustava.

Konačno, KB tretman omogućuje ostvarenje zadovoljavajućih ishoda za osobe sa PRI na način kako su definirani u Standardima skrbi za poremećaje rodnog identiteta, a to su:

1. Prihvatanje osobnih homoseksualnih ili biseksualnih orijentacija i ponašanja bez obzira na rodni identitet i željenu rodnu ulogu;
2. Navedene promjene u ponašanju omogućuju uvažavanje emocionalnih potreba djece i pružanja partnerske predanosti uz brigu o potrebama i osjećajima partnera;
3. Integracija muške i ženske rodne osviještenosti u svakodnevni život;
4. Povećanje motivacije za ostvarenje željenih težnji koje proizlaze iz Poremećaja rodnog identiteta i učinkovito suočavanje s njima; na primjer, razvijanje asertivnosti, samopouzdanja, te stručnih vještina radi napredovanja na poslu i rješavanje interpersonalnih previranja radi osnaživanja ključnih odnosa (Standardi skrbi za osobe sa PRI, 2001).

ZAKLJUČAK

S obzirom na rijetkost poremećaja i nepostojanja organizirane skrbi za osobe sa PRI u Hrvatskoj, terapija se temelji na angažiranosti pojedinih terapeuta, uz individualiziran pristup klijentu, te suradnji s liječnicima drugih specijalnosti u cilju isključenja dodatnoga psihijatrijskog pobolijevanja i postizanja zadovoljavajućega životnog funkcioniranja takvih osoba (Petek i sur., 2008). Ne postoji znanstveni konsenzus o određenim psihoterapijskim pravcima kao metodama izbora sa osobama sa PRI. Temeljem ishoda postignutih primjenom KB tehnika u opisanom slučaju, ohrabujemo daljnje primjene ove metode u radu s osobama sa PRI.

LITERATURA

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR, Fourth Edition*, Text Revision.

- American Psychiatric Association. *Gender Dysphoria in Adolescents and Adults*. www.dsm5.org
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, J. (1995). *Cognitive Therapy: Basics and Beyond*. New York: Guilford Press.
- Bockting, W.O. (2008). Psychotherapy and the real-life experience: From gender dichotomy to gender diversity. *Sexologies*, 17, 211-224.
- Bockting, W.O., Coleman, E. (2007). Developmental stages of the transgender coming out process: Toward an integrated identity. U: R. Ettner, S. Monstrey, A. Eyler (Ur.), *Principles of transgender medicine and surgery* (185-208). New York: The Haworth Press.
- British Association for Behavioural & Cognitive Psychotherapies. www.babcp.com
- Cohen-Kettenis, P.T., Wallien, M., Johnson, L.L., Owen-Anderson, A.F.H., Bradley, S.J., Zucker, K.J. (2006). A parent report gender identity questionnaire for children: A cross-national, cross-clinic comparative analysis. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 11, 397-405.
- De Cuypere, G., Van Hemelrijck, M., Michel, A., Crael, B., Heylens, G., Rubens, R., Monstrey, S. (2007). Prevalence and demography of transsexualism in Belgium. *European Psychiatry*, 22, 137-141.
- Fraser, L. (2009a). Depth psychotherapy with transgender people. *Sexual and Relationship Therapy*, 24, 126-142.
- Fraser, L. (2009b). Psychotherapy in The World Professional Association for Transgender Health's standards of care: Background and recommendations. *International Journal of Transgenderism*, 11, 110-126.
- Gender Dysphoria in Adolescents and Adults. <http://www.cpa.ca>
- Ghosh, S. (2009). Sexuality, gender identity. Medscape. <http://emedicine.medscape.com>
- Gijs, L., Brewaeys, A. (2007). Surgical treatment of gender dysphoria in adults and adolescents: Recent developments, effectiveness, and challenges. *Annual Review of Sex Research*, 18, 178-224.
- Henningsson, S., Westberg, L., Nilsson, S. (2005). Sex steroid-related genes and male-to-female transsexualism. *Psychoneuroendocrinology*, 30, 657-664.
- Kruijver, F.P.M., Zhou, J.N., Pool, C.W., Hofman, M.A., Gooren, L.J.G., Swaab, D.F. (2000). Male to female transsexuals have female neuron numbers in a limbic nucleus. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 85, 2034-2041.
- Knudson, G., De Cuypere, G., Bockting, W. (2010b). Recommendations for revision of the DSM diagnoses of gender identity disorders: Consensus statement of The World Professional Association for Transgender Health. *International Journal of Transgenderism*, 12, 115-118.
- Lev, A.I. (2009). The ten tasks of the mental health provider: Recommendations for revision of The World Professional Association for Transgender Health's standards of care. *International Journal of Transgenderism*, 11, 74-99.
- Murad, M.H., Elamin, M.B., Garcia, M.Z., Mullan, R.J., Murad, A., Erwin, P.J., Montori, V.M. (2010). Hormonal therapy and sex reassignment: A systematic review and meta-analysis of quality of life and psychosocial outcomes. *Clinical Endocrinology*, 72, 214-231.

- Nuttbrock, L., Hwahng, S., Bockting, W., Rosenblum, A., Mason, M., Macri, M., Becker, J. (2010). Psychiatric impact of gender-related abuse across the life course of male-to-female transgender persons. *Journal of Sex Research*, 47, 12-23.
- Petek, A., Šakić, M., Filaković, P. (2008). Poremećaj spolnog identiteta s početkom u djetinjstvu i progresijom u odraslu dob. *Socijalna Psihijatrija*; 36, 212-216.
- Standardi skrbi za poremećaje rodnog identiteta, šesta verzija (2001). Ženska soba – Centar za prevenciju, istraživanje i suzbijanje seksualnog nasilja i žensku seksualnost.
- Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People (2011). *The World Professional Association for Transgender Health 7th Version*. www.wpath.org
- Swaab, D.F., Chung, W.C.J., Kruijver, F.P.M., Hofman, M.A. (2003). Sex differences in the human hypothalamus in the different stages of human life. *Neurobiology of aging*, Suppl 1: S1-16; discussion S17-9.
- Transgender experiences-Information and support <http://www.dh.gov.uk>
- Vanderburgh, R. (2009). Appropriate therapeutic care for families with prepubescent transgender/gender-dissonant children. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 26, 135-154.
- Veale, J. F. (2008). Prevalence of transsexualism among New Zealand passport holders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 42, 887-889.
- Westbrook, D., Kennerley, H., Kirk, J. (2007). *An introduction to cognitive behavioural therapy: Skills and applications*. London: SAGE.
- What is Gender Identity Disorder. www.abcnews.com
- World Health Organisation. (1992). ICD-10, Chapter V (F), *Mental and behavioral disorders, clinical descriptions and diagnostic guidelines*, Geneva: WHO

APPLICABILITY OF THE COGNITIVE-BEHAVIOURAL APPROACH IN THE TREATMENT OF GENDER IDENTITY DISORDER

Abstract

This presentation seeks to encourage the use of cognitive-behavioural interventions in the treatment of problems associated with gender identity disorder (GID). The use of CB techniques in working with the client has proven to be effective in diminishing the psychological and interpersonal consequences associated with GID. Positive treatment outcomes indicate the need for further research into the possibility of integrating CB therapeutic approaches in achieving the general goals of treatment proposed in the Standards of Care for GID and the specific objectives of the person.

Key words: Gender Identity Disorder, CB therapy

